



IDAHO DEPARTMENT OF  
HEALTH & WELFARE

### Solicitud de Registros

**Por favor complete y regrese este formulario a una oficina del Departamento de Salud y Bienestar.**

We provide interpreter services at no cost. Call 2-1-1 or 1-800-926-2588 for interpretation assistance.  
Proveemos servicios de intérprete sin costo alguno. Llame al 2-1-1 ó al 1-800-926-2588 para obtener la ayuda de un intérprete.

*Por favor anote abajo a dónde quiere que le mandemos la información que usted ha pedido e información de contacto en caso que tengamos preguntas sobre la información que ha pedido.*

Nombre del Solicitante \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección para el Correo \_\_\_\_\_ Número de Fax (opcional) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Si está pidiendo información sobre un cliente específico, por favor incluya información sobre el cliente.*

Nombre del Cliente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Cliente \_\_\_\_\_  
(Primer Nombre, Segundo, Apellido)

Dirección del Cliente \_\_\_\_\_ Teléfono del Cliente \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Descripción Detallada sobre el Registro que Pide – Por Favor Sea Bien Específico

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Quiere:**

- Revisar esta información
- Recibir una copia de esta información. **Por favor note que:** Si el pedido consiste de 100 páginas o más, habrá un cobro de 10¢ por página.

**El Departamento le avisará por escrito si no puede responder a su solicitud dentro de tres días hábiles.**

Si este consentimiento está siendo hecho por otra persona y no por el sujeto del registro, por favor describa y provea documentación de su autoridad para solicitar información sobre esa persona \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Su firma \_\_\_\_\_ Fecha de la solicitud \_\_\_\_\_

**Si usted está solicitando información sobre un cliente específico, su firma debe ser notariada si somete esta solicitud por correo o por fax.**

Yo, \_\_\_\_\_, siendo un Notario Público, por la presente certifico que en este día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, de 20\_\_\_\_\_, la persona de arriba, siendo primero debidamente jurada, apareció ante mí y firmó el previo documento.

Firma del Notario Público \_\_\_\_\_

Notario Público residiendo en \_\_\_\_\_

Mi comisión expira \_\_\_\_\_

<b>For DHW Office use only</b>
<input type="radio"/> ID Provided _____
<input type="radio"/> Form Complete _____
Authority:
<input type="radio"/> Accessing own records _____
<input type="radio"/> Documentation Attached _____
<input type="radio"/> Not Required _____